



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

*DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL*

**“FRECUENCIA DE TRASTORNOS ANSIOSOS, DEPRESIVOS Y VIOLENCIA  
EN LA RELACION DE PAREJA EN MUJERES QUE ACUDEN A LA UMAE  
HOSPITAL DE PSIQUIATRIA “MORELOS” IMSS**

## **TESIS**

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN

**PSIQUIATRIA.**

PRESENTA:

DR. HUGO ALEJANDRO HERNANDEZ HERNANDEZ

**ASESORES DE TESIS.**

DRA CLAUDIA FOUILLOUX  
ASESOR METODOLOGICO

DR. MIGUEL PALOMAR BAENA.  
ASESOR TEORICO.

**MEXICO DF, MARZO DE 2014.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE.

<b><u>INTRODUCCION</u></b>	<b>04</b>
<b><u>ANTECEDENTES</u></b>	<b>06</b>
<b><u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u></b>	<b>22</b>
<b><u>JUSTIFICACIÓN</u></b>	<b>23</b>
<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b>24</b>
<u>OBJETIVO GENERAL</u>	24
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	24
<b><u>MATERIAL Y MÉTODOS</u></b>	<b>25</b>
<u>TIPO DE ESTUDIO</u>	25
<u>POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA</u>	25
<b><u>VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN</u></b>	<b>26</b>
<u>CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN</u>	29
<u>MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u>	34
<u>PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</u>	35
<b><u>IMPLICACIONES ETICAS</u></b>	<b>35</b>
<b><u>RESULTADOS</u></b>	<b>36</b>
<u>DISCUSION</u>	41
<u>LIMITACIONES</u>	43
<u>CONCLUSIONES</u>	44
<b><u>ANEXOS</u></b>	<b>45</b>

I. Mini Entrevista Semiestructurada DSM IV TR

- II. Escala de violencia e índice de Severidad en Mujeres Mexicanas
- III. Consentimiento informado
- IV. Datos sociodemográficos.

**REFERENCIAS**

---

**62**

## **INTRODUCCION:**

La violencia en contra de las mujeres es ampliamente reconocida como una grave violación de los derechos humanos, y cada vez es más identificada como un importante problema de salud pública, la cual conlleva a consecuencias importantes en la salud mental, sexual, física y reproductiva (García-Moreno 2006). Es importante mencionar que tanto en México como a nivel mundial, se reporta una sorprendente proporción de lesiones físicas presente en las mujeres, causada por lesiones traumáticas intencionales por miembros de su propia familia. En los últimos años, la profesión dedicada al ramo de la salud, tanto en México como en otros países alrededor del mundo, han reconocido cada vez más la violencia familiar como una amenaza significativa para la salud de las mujeres. (Díaz 2001).

La identificación y el manejo de personas que sufren cualquier tipo de violencia en la relación de pareja son muy bajos; se estima que solo del 7% a 25% de casos a nivel mundial son identificados y del 60% al 90% de pacientes que experimentan dicha condición son manejados inadecuada o inapropiadamente. Solo del 2% al 7% de pacientes que son vistos en los servicios de consulta externa reportan ser víctimas de violencia doméstica, física o verbal y en menor grado violencia sexual (García 2006).

En la actualidad el tema de violencia tanto familiar como doméstica ha llamado la atención a nivel mundial y en México, sin embargo en la gran mayoría de estudios realizados se avocan a observar la frecuencia y características de la violencia y pocos son los que hablan de los síntomas tanto psicológicos como psiquiátricos que presentan los pacientes al ser víctimas de violencia, observando el problema como una situación cultural y educacional, desconociendo las repercusiones que se dejan en la vida de los seres humanos.

El estudio de la violencia contra la mujer se considera importante, ya que es un problema social y una mayor precisión en los conocimientos sobre este tema permitirá una mejor comprensión del problema y sus efectos, así como una intervención más apropiada.

## **ANTECEDENTES CIENTIFICOS.**

La violencia en contra de la mujer en la relación de pareja ha sido considerada un importante problema de salud pública así como un problema social trascendental en la mayoría de los países a nivel mundial. También ha sido denominada “violencia de género” debido a que se basa en la toma de una relación de “poder” que es desigual entre hombres y mujeres, en donde la mujer frecuentemente se encuentra en una situación de subordinación y expuesta a diferentes tipos de agresiones (Oliveira 2008; García 2008).

La violencia en contra del género femenino puede tomar diferentes formas, incluyendo abuso psicológico, abuso físico y abuso sexual el cual es llevado a cabo principalmente por la pareja, violación o abuso sexual perpetrado por un familiar, un conocido o un extraño, y otro tipo de violencia como el abuso sexual durante la infancia, el tráfico de mujeres para fines de prostitución; mutilación genital femenina (cultural) y asesinatos (García 2008).

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones (OMS 2002).

La forma más común de violencia de género es la violencia doméstica, cometida principalmente por la pareja, en donde se estima que del 20 al 50% de las mujeres a nivel mundial sufren algún tipo de violencia verbal, física o sexual por su pareja o ex pareja, al menos una vez en su vida (Oliveira 2008).

En otras revisiones de estudios de poblaciones alrededor del mundo, se encontró que entre el 10 al 69% de las mujeres reportaban violencia física por su pareja en algún momento de sus vidas, acompañada usualmente de violencia psicológica y sexual (Heise 2002; García 2002). La violencia de pareja se refiere a la violencia ejercida por el hombre (en la mayoría de las ocasiones) o la mujer hacia su pareja, incluyendo a mujeres casadas, divorciadas o que vivan en unión libre (García 2006).

Dentro de los principales factores de riesgo para las mujeres que son víctimas de violencia en la relación de pareja se encuentran; las conductas masculinas para obtener el control de la relación (impedir a la mujer ver a sus amigos o restringir el contacto con sus familiares, preguntar en todo momento en que lugar se encuentra, obligarla a pedir permiso para realizar cualquier actividad o salir a la calle, etc). (Oliveira 2008; García 2008).

En el 2004 Rivera y cols. Realizaron un estudio con una base poblacional de 1535 mujeres Mexicanas de 15 a 49 años de edad, la prevalencia de violencia leve-moderada fue de 35.8% y de severa de 9.5%.

En el estudio multipaís de la OMS, 2003, en la mayoría de los entornos (excepto en Japón, Samoa y el entorno urbano de la República Unida de Tanzania), era mucho más probable que las mujeres que habían sido víctimas de violencia afirmaran tener mala o muy mala salud en comparación con las mujeres que nunca habían sufrido maltrato por parte de su pareja. También era más probable que las mujeres que alguna vez habían sido víctimas de violencia hubieran tenido problemas al caminar y realizar sus tareas cotidianas o hubieran sentido dolores, pérdida de memoria, mareos y sangrados transvaginales en las cuatro semanas anteriores a la entrevista. En todos los entornos estudiados, las mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja, registraban unos niveles



considerablemente más altos de ansiedad en comparación con aquellas que no habían sido víctimas de violencia. <sup>i</sup>

En 1999 Golding, realiza un metaanálisis de 38 estudios, encontrando que la violencia infligida por la pareja aumenta el riesgo de problemas de salud mental tales como depresión, suicidio, trastorno de estrés post-traumático y de abuso de drogas. <sup>ii</sup>

El informe mundial sobre la violencia y la salud 2002, refiere que es común que las mujeres de todo el mundo que han sido víctimas de violencia infligida por su pareja tengan problemas de salud mental, ansiedad y comportamientos suicidas. <sup>iii</sup>

Vivir una relación de abuso por parte de la pareja puede conducir, a una proporción de las mujeres, al consumo y abuso de alcohol y de otras drogas (algunas de ellas prescritas por personal médico). <sup>iv</sup>

En 2006 Rivera, realizó un estudio en 4587 estudiantes con relación de noviazgo donde encontró que la prevalencia total de violencia durante el noviazgo en mujeres de escuelas públicas fue de 2.8%. Las siguientes variables se vincularon con violencia durante el noviazgo: depresión ( $RM=1.92$ ;  $IC95\%$  1.61-2.28); consumo de tabaco ( $RM=1.31$ ;  $IC95\%$  1.06-1.60); abuso de alcohol ( $RM=1.30$ ;  $IC95\%$  1.12-1.51); bajo rendimiento escolar (promedio de calificaciones de 7 o menor) ( $RM=1.25$ ;  $IC95\%$  1.03-1.52); antecedente de relaciones sexuales ( $RM=1.52$ ;  $IC95\%$  1.26-1.82). <sup>v</sup>

Las consecuencias de la violencia en las mujeres se manifiestan como traumatismos de diversa severidad, infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH, embarazos no deseados, abortos, partos prematuros, hijos con bajo peso, depresión, suicidio, alcoholismo, etc. En 2002, la violencia

interpersonal fue en el mundo la sexta causa principal de defunción entre las personas de 15 a 44 años.<sup>vi</sup>

Diversos autores han señalado el impacto de la violencia en la relación de pareja en cualquiera de sus expresiones en la salud mental. Así, Koss, (1999), Díaz-Olavarrieta, (2010) y Nurius, (2010) señalan que las respuestas de la mayoría de las sobrevivientes a este tipo de violencia exhiben una reacción inmediata de malestar que, de no resolverse, las lleva a desarrollar patrones sintomáticos crónicos y de larga duración, consistentes en diferentes trastornos emocionales tales como el del estrés postraumático, la depresión, los problemas psicosomáticos y los trastornos de ansiedad, entre otros. Lo anterior ha sido documentado en diferentes países donde los resultados de algunos estudios indican que las mujeres golpeadas tienen una probabilidad cuatro a cinco veces superior de necesitar tratamiento psiquiátrico que las no golpeadas, así como una probabilidad cinco veces mayor de intentar suicidarse.<sup>vii</sup>

Un aspecto que ha llamado la atención recientemente de los especialistas de la salud en México es la expresión de la violencia contra las mujeres embarazadas. La prevalencia y las características de la violencia contra las embarazadas varían dependiendo de la población estudiada y de la metodología utilizada. En los Estados Unidos de América y en Canadá, algunos informes señalan prevalencias desde 0.9 a 21.1%. En México, se notificó una prevalencia de violencia en el embarazo de 33.5% en mujeres usuarias de un hospital público, y que tuvieron cuatro veces más riesgo de dar a luz a productos de bajo peso al nacer, que las que no sufrían de violencia. En otro estudio realizado con mujeres embarazadas, usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA), se encontraron prevalencias de 24.6%. Al analizarla por institución, se encontró que la prevalencia fue más alta para las mujeres de la SSA (33%) que para las del IMSS (15%), lo cual pareciera establecer una asociación entre violencia hacia la mujer y condiciones económicamente desfavorables en diversos estratos sociales.<sup>viii</sup>

La violencia contra las mujeres es un grave problema de salud pública en todo el mundo estudios realizados en varios países indican que el 25% a 50% de las mujeres han sufrido abuso físico de su pareja. A pesar de la escasez de información sobre la violencia de pareja en México, existentes datos que sugieren que la violencia contra la mujer viola los derechos humanos y pone en grave peligro su salud y bienestar. Algunos estudios han estimado que entre el 30% y 60% de las mujeres mexicanas han sufrido algún tipo de violencia por parte de sus parejas.

Existen varias definiciones de la violencia de pareja tanto en el ámbito internacional como nacional, a continuación se hace referencia a algunas de estas definiciones:

La definida en la **NOM-046-SSA2-2005** como: cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público;

**a)** que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer.

**b)** que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.

**Maltrato físico**, al acto de agresión que causa daño físico.

**Maltrato psicológico**, a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

**Maltrato sexual**, a la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.

**Maltrato económico**, al acto de control o negación de injerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.

**Violencia o maltrato:** El uso intencional de fuerza física o poder, hecho o amenaza, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta probabilidad de resultar en lesión, muerte, daño psicológico, subdesarrollo o privación. <sup>ix</sup>

En la violencia doméstica, según la definición de la UNICEF, se incluye la violencia perpetrada por la pareja y otros miembros de la familia, y se manifiesta a través de:

El maltrato físico como bofetadas, golpes, torcer el brazo, apuñalar, estrangular, quemar, asfixia, patadas, amenazas con un objeto o arma, y el asesinato. También incluye prácticas tradicionales nocivas para la mujer tales como la mutilación genital femenina y el levirato (la práctica de pasar una viuda, y sus bienes, con el hermano de su marido muerto). <sup>x</sup>

El abuso sexual, como el sexo a través de amenazas, la intimidación o la fuerza física, para obligar a realizar actos sexuales no deseados.

Maltrato psicológico, que incluye el comportamiento que tiene la intención de intimidar y toma la forma de amenazas de abandono o malos tratos, la reclusión a la casa, la vigilancia, las amenazas para quitar la custodia de los hijos, la destrucción de objetos, aislamiento, agresión verbal y la humillación constante.

El abuso económico incluye actos tales como la negación de los fondos, la negativa a contribuir financieramente, la negación de alimentos y necesidades

básicas, y controlar el acceso a la atención de la salud, empleo, etc. Actos de omisión también se incluyen como una forma de violencia contra la mujer y niñas.

Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH), una de cada cuatro mujeres ha sido objeto de violencia física al menos una vez en su vida, y una de cada seis ha sufrido actos de violencia sexual. La violencia doméstica se destaca como el tipo de violencia que más frecuentemente enfrentan las mujeres, perpetrado en el 96.4 por ciento de los casos por la pareja o por algún familiar.<sup>xi</sup>

A pesar de que la violencia de género afecta a mujeres de todos los niveles socioeconómicos, existen grupos con mayor vulnerabilidad frente a la violencia de género, como las mujeres migrantes, las mujeres pobres, las mujeres indígenas y las niñas. Dadas las condiciones particulares de discriminación a las que se enfrentan, las mujeres que pertenecen a estos grupos tienden a no acceder de forma efectiva a la protección del Estado.<sup>xii</sup>

En diferentes países se han documentado altas prevalencias de violencia de pareja; así, en Europa durante el 2007 fueron de 6.2, 3.9 y 1.2% de violencia psicológica, física y sexual, respectivamente. En Latinoamérica se documentaron prevalencias de violencia física durante el 2007 entre 3 y 27%, mientras que para la violencia sexual las prevalencias fluctúan entre 4 y 47 por ciento. En México, y de acuerdo con los resultados de algunas encuestas nacionales, de 19.6 a 36.6% de las mujeres son víctimas de violencia psicológica y de 9.3 a 10.3% sufren violencia física. La violencia sexual es la menos frecuente (7.0-7.8%). Al agrupar los diversos tipos de violencia, las encuestas nacionales indican que de 21 a 44% de las mujeres mexicanas experimentan algún tipo de violencia de pareja.

En México las investigaciones que se han hecho varían en cuanto a la metodología utilizada y las muestras. En el INEGI se realizó una encuesta a nivel nacional y se reportó que en el 34% de hogares hay presencia de violencia, esto

es, de 5, 821,697 hogares, se encontró que con violencia emocional existe un 36.4%; con intimidación, el 39.9%; con violencia física el 40.7% y con violencia sexual el 50.9%; el porcentaje de hogares con algún tipo de violencia que pronostican que el acto de violencia se repetirá, fluctúa entre el 70.2 y el 79.5%. <sup>xiii</sup>

En el INEGI (2007), se llevo a cabo una encuesta llamada, Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006), que tuvo como objetivo general, generar datos para medir la prevalencia, frecuencia y magnitud de la violencia ejercida contra las mujeres en los ámbitos laboral, escolar, social y del hogar, así como las consecuencias físicas y emocionales que padecen las mujeres violentadas en el ámbito domestico. Dada la importancia que revierte este tipo de encuesta, por su cobertura nacional, se mencionaran algunos resultados : en el ámbito comunitario, la ENDIREH muestra que a nivel nacional 39.7% de las mujeres de 15 y más años han sufrido alguna agresión publica de carácter sexual, que puede ir desde insultos hasta violaciones; de estas mujeres, 92.4% sufrieron intimidaciones y el 41.9% abuso sexual, agresiones que tuvieron lugar en cualquier espacio comunitario, o inclusive se pudieron perpetrar en su mismo hogar. En espacios comunitarios la violencia contra las mujeres alcanza niveles extremos, como son los casos de violaciones y el sometimiento de mujeres para obligarlas a prostituirse; de acuerdo con los datos de la ENDIREH, en México de las mujeres entrevistadas 766,501 declaran haber sido víctimas de violación y 108,478 fueron forzadas a ejercer la prostitución. <sup>xiv</sup>

En la misma encuesta ENDIREH, se reporta que en el país, 631,993 mujeres casadas o unidas de 15 o más años fueron violentadas a lo largo de su relación 10, 088,340; en el mismo grupo de mujeres se presento un 84.3% de violencia emocional, un 60.7% de violencia económica, un 44.6% de violencia física y un 18.1% de violencia sexual. Entre las mujeres actualmente separadas, divorciadas o viudas (3, 551,020) 62% declaran al menos una agresión de cualquier tipo por parte de su ex-esposo o ex pareja; es decir, en este grupo de

mujeres se observa una diferencia con el grupo de mujeres casadas o unidas, de 14 puntos porcentuales.

El grupo de mujeres solteras, es decir que nunca han estado casadas o unidas reportó haber experimentado violencia por parte de su pareja o ex pareja en un 26.1% y debido quizá a que estas mujeres no mantienen aún un vínculo legal o formal que podría hacerlas blanco fácil de los hechos violentos de otro tipo, las agresiones más frecuentes son las emocionales, así a las mujeres solteras, su pareja o ex pareja le ha pedido que cambien su forma de vestir o comportarse, representan un 51%; las solteras a quienes han tratado de dominar o controlar asciende a 48.3%; mientras que a 35.8% su pareja o ex pareja la ha ignorado o no las toma en cuenta; así como a 27.8% las ha vigilado o perseguido.

En la encuesta nacional del INEGI (2007) se reporta que entre las entidades federativas que tienen mayores porcentajes de mujeres violentadas por su pareja a lo largo de su relación, se encuentran: Durango, Jalisco, Colima, México, Morelos, Puebla y Tabasco.<sup>xiv</sup>

Tapia (1992) y Cervantes (1999) señalan que son frecuentes los casos en que el abuso tanto emocional, físico y/o sexual tiene sus primeras manifestaciones en el noviazgo o en las primeras etapas de vida de pareja y que al transcurrir el tiempo frecuentemente se incrementan tanto en frecuencia como en intensidad.<sup>xv</sup>

Walker (1979), señala que la mujer maltratada no es agredida constantemente, sino que los eventos de violencia tienen una ocurrencia azarosa y un carácter cíclico. Entender este ciclo es muy importante para detener o prevenir eventos de violencia y ayuda también a explicar cómo las mujeres maltratadas son victimizadas.

El ciclo de violencia tiene tres fases, las cuales varían en tiempo e intensidad y son: a) fase de tensión, b) fase aguda y c) fase de « luna de miel ».

**Acumulación de tensión.** Durante esta fase hay situaciones de maltrato « menores », como pellizcos, jalones de cabello o manotazos (Ferreira 1996), la mujer maneja estas situaciones utilizando técnicas que le han servido anteriormente, y se vuelve reconfortante, complaciente y se anticipa a los deseos de su pareja o se mantiene fuera de su camino. Si ella hace su trabajo bien, el incidente pasará, si el explota, ella asumirá la culpa, ya que ella no se puede permitir enojarse con el agresor, ya que tiene que ser fiel a su rol, que la sociedad le ha impuesto de sumisión, aceptación y protección, y que ella ha aprendido. Así que solo le quedara como alternativa, utilizar estrategias que le ayuden a sobrevivir a la violencia o a disminuir el riesgo de que ésta sea mortal, de aquí que la presencia de mecanismos tales como la negación y la disociación sean básicos para su supervivencia emocional y negándose a sí misma estar enojada, por lo injusto que es el maltrato. La mujer racionaliza que tal vez se lo merece, frecuentemente se identifica con el razonamiento del agresor. Al terminar esta fase, la tensión es tal, que las técnicas de afrontamiento ya no son efectivas. El hombre incrementa sus actitudes posesivas, sus humillaciones, los incidentes menores se hacen más frecuentes. En ese momento la mujer está exhausta, es incapaz de defenderse.

**Fase Aguda.** Esta fase se caracteriza por la descarga incontrolable de las tensiones que se crearon en la fase anterior, las características de esta fase son la pérdida de control y la destrucción mayor. En esta parte del ciclo, la mujer aprende a anticipar el momento en que se dará el evento de violencia mayor, lo que ocasiona estrés severo, ansiedad, depresión, insomnio, pérdida de apetito, fatiga, cefaleas, enfermedades gastrointestinales, presión alta, etc. un recurso psicológico que las mujeres experimentan en ese momento de tanta violencia es la despersonalización. Cuando este episodio termina, las mujeres están en shock, negación e incredulidad. Ambas encuentran la manera de racionalizar la seriedad del ataque y si existió violencia física, la mujer trata de minimizarla.



**Fase de Luna de miel.** Esta fase está caracterizada por cariño extremo y amabilidad, por parte del hombre y se da un periodo de calma. El se disculpa y promete que nunca más la agredirá. El tiempo que dura esta fase es incierto, parece ser más corta que la fase de tensión, pero más larga que la fase aguda, en algunos casos esta fase dura un momento breve.

La anticipación del ciclo, la intensidad de cada fase, así como su repetición, mantienen a la mujer maltratada en un estado de alerta constante, de estrés generalizado, minando la percepción, tanto de sus capacidades como del riesgo real de los eventos violentos, poniendo en riesgo su integridad física y psicológica, ya que en ocasiones, cuando la fase de acumulación de tensión es insoportable, en ocasiones, sin percibirlo ellas mismas, provocan el incidente de tensión, ya que saben que pronto llegará un período de « calma », en el que descansaran y se prepararán para los siguientes eventos. <sup>xvi</sup>

El abuso físico, el dominio y el aislamiento pueden crear o exacerbar una situación de intimidación que da como resultado temor e inseguridad. Esta situación con el tiempo puede incrementar la probabilidad, de desarrollar el síndrome de Estrés postraumático. Entre las repercusiones emocionales que sufren las mujeres violentadas, el 45% refieren cambios en su carácter; el 46% reportan nerviosismo, el 26% tienen sentimientos de inseguridad; el 24% miedos y temblores; el 21% sufren de insomnio y otro tanto han tenido períodos de amnesia. Toda esta serie de manifestaciones pueden estar relacionadas con elevados niveles de depresión y con el síndrome de Estrés postraumático resultado de la violencia en las que están inmersas estas mujeres. <sup>xvii</sup>

Al respecto, el INEGI (2007), reporta que los eventos de tristeza o depresión son padecidos por mujeres casadas o unidas en un 48.5%, angustia o miedo 26.2%; alteraciones del apetito 23.5%, ideación suicida 10.8% y un 4.4% han intentado el suicidio.

Hijar (2006) realizó un estudio en 1264 mujeres que solicitaron los servicios de salud por violencia de pareja, y se observó que las mujeres que presentaban lesiones físicas visibles o que requerían algún procedimiento médico como sutura de heridas, reducción de fracturas o atención por quemaduras, fueron las que más utilizaron los servicios de salud. Los síntomas generales como desmayos y pérdida de la función de alguna parte del cuerpo fueron los que se asociaron con una mayor demanda de atención. En 16% (n=61) de las mujeres que utilizaron servicios de salud, la lesión fue grave. Como consecuencia de la violencia sexual, las causas que exigieron mayor atención fueron las infecciones genitales y el sangrado transvaginal.

Respecto a la búsqueda de apoyo en el personal de salud, solamente 5.9% (n=311) de las mujeres que en el último año han sido maltratadas por su pareja habló con el personal de salud sobre su situación de maltrato. Las principales razones para no hacerlo fueron: falta de confianza (50.4%), pena o vergüenza (31.7%), porque es algo muy privado (18.3%) o percibir que el personal de salud dispone de poco tiempo (9%). Los factores asociados a la utilización de servicios de salud para la atención de las lesiones, destacan entre estos edad mayor de 24 años, tener una actividad remunerada, contar con acceso a los servicios de seguridad social, consumir alcohol más de una vez al mes, pertenecer al estrato socioeconómico alto, ser objeto de violencia severa y que la mujer tenga capacidad de decidir sobre el gasto de la casa.<sup>xviii</sup>

Tiburcio (2010) realizó un estudio sobre la utilización de los servicios de salud mental en mujeres víctimas de violencia de pareja, donde obtuvo una muestra de 1156 mujeres y consideró únicamente una submuestra de mujeres que tenían pareja del sexo opuesto al momento de realizar la entrevista y que reportaron haber sufrido por lo menos alguna forma de violencia (n=135). Del total de la muestra, 8.9% cumplieron los criterios de trastorno depresivo y 21.7% los criterios de trastorno de ansiedad. Las mujeres diagnosticadas con trastorno depresivo reportaron con mayor frecuencia violencia física (66.7%), relaciones

sexuales forzadas (50%) y amenazas de muerte (33.3%). Por otra parte, el control de las actividades diarias fue la forma de violencia más reportada por las entrevistadas con trastorno de ansiedad (55.2%).

Del total de mujeres que reportaron maltrato, 16.2% buscaron ayuda para atender sus problemas de salud mental. El 41.7% de las que cubrieron los criterios de trastorno depresivo recurrieron a especialistas en salud mental y 25% a médicos generales. En cuanto a los trastornos de ansiedad, no se observaron diferencias significativas respecto al uso de servicios.<sup>xix</sup>

El estudio reciente, de apenas un par de décadas, sobre la violencia de pareja ha propiciado un cambio vertiginoso en términos de la definición del problema, del diseño de instrumentos y de la metodología para su medición. En este contexto, se han desarrollado diversos instrumentos para medir la violencia, entre los que se pueden señalar: The Conflict Tactic Scale; el Index of Spouse Abuse; el Abuse Assessment Screen y el Severity of Violence Against Women Scale. Cada uno se orienta a distintos aspectos de la violencia, tales como su clasificación en física y no física; la frecuencia con la que ocurre; y la severidad y direccionalidad de los episodios violentos.

La « Escala de violencia de pareja en mujeres mexicanas e índice de severidad » Esta escala fue validada en el año 2004 para medir la violencia ejercida por parte de la pareja masculina. Esta escala, partió de la conceptualización de violencia que consiste en un patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir

a) Violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzocortante

b) Violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física

c) Violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales <sup>xx</sup>

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min.  $\pm$  11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000).

Para establecer un estado depresivo o ansioso, se considerarán los siguientes trastornos: episodio depresivo mayor (Módulo A), trastorno distímico (Módulo B), riesgo suicidio (Módulo C), trastornos de angustia (Módulo E), agorafobia (Módulo F), fobia social (Módulo G, trastorno por estrés postraumático (Módulo I), trastorno de ansiedad generalizada (Módulo O).<sup>xxi</sup>

Episodio Depresivo Mayor: alteración del humor, con una descripción de episodios afectivos en donde la persona expresa haberse sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días y ha tenido perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban.

Trastorno Distímico: estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años, en los cuales se ha sentido desanimado o deprimido.

Riesgo de Suicidio: la persona ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto, ha querido hacerse daño, ha pensado en el suicidio, ha planeado como suicidarse o ha intentado suicidarse.

Trastorno de Angustia: se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. En más de una ocasión, la persona ha presentado crisis o

ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o intranquilo, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así, alcanzando un máximo de expresión en los primeros 10 minutos. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia: como el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil.

Fobia Social: Se caracteriza por un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. En el pasado mes, la persona tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió una humillación, incluyendo cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.

Estado por Estrés Postraumático: aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, y se ha respondido con temor intenso, terror o impotencia, ha revivido el evento de una manera angustiosa (ej. Lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)

Trastorno de Ansiedad Generalizada: ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa en un período superior a 6 meses y que

se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. La persona se ha sentido preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos seis meses, todos los días.

La identificación de un caso de violencia doméstica, puede tener múltiples respuestas por parte del sector salud, las cuales están en función de los prejuicios, de los conocimientos, de la carga de trabajo, de la información, de la apatía y de no querer involucrarse en cuestiones legales, sin embargo como señala Diaz-Olavarrieta (2001) son los profesionales de la salud los que se encuentran en una posición clave para reconocer, diagnosticar y referir casos de violencia intrafamiliar, para reducir la mortalidad y la morbilidad que resultan de la agresión dentro de la familia.

Aún cuando los médicos de atención primaria, de urgencias y los psicólogos frecuentemente, se encuentran con mujeres maltratadas, la violencia doméstica es un fenómeno que se « esconde » que provoca pena, las víctimas pueden negarse a revelar abiertamente la violencia que experimentan, incluso en el ambiente terapéutico. <sup>xxii</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La violencia contra las mujeres es un grave problema de salud pública en todo el mundo, estudios realizados en varios países indican que el 25% a 50% de las mujeres han sufrido abuso físico de su pareja. En México, existentes datos que sugieren que entre el 30% y 60% de las mujeres mexicanas han sufrido algún tipo de violencia por parte de sus parejas.

Dentro de las características psicopatológicas la sintomatología postraumática abarca a un 37.3%. Con síntomas como dificultades para concentrarse; perdida de interés por actividades significativas, sensación de un futuro desolador, recuerdos intrusivos, evitación de pensamientos y sentimientos. En cuanto a otras variables, la depresión afecta el 89% de las víctimas, distribuyéndose el 68.6% entre las categorías de depresión moderada y grave. Un 44% de estas mujeres presentan antecedentes de suicidio: ideación suicida o intento autolítico. Un elevado porcentaje presenta baja autoestima (73.8%) e inadaptación a la vida cotidiana 87.6%. un 38.7% de las mujeres víctimas de violencia de pareja cumple criterios de trastorno de angustia.

La mayor parte de la investigación, en lo que se refiere a violencia contra la mujer en la relación de pareja a nivel internacional y nacional, se ha enfocado en los tipos de violencia experimentada, en los antecedentes de violencia, en la severidad y frecuencia de los episodios violentos, así como en el trastorno de Estrés Postraumático, sin embargo los aspectos relacionados con otros trastornos mentales han quedado rezagados.

La manera categórica en que se ve afectada la salud integral de la mujer, tanto emocional como física y debido a la frecuencia con que se presenta el fenómeno en la actualidad, motiva a planearse investigaciones a partir de las cuales se puedan conocer la psicopatología presente al experimentar violencia por parte de la pareja. Con lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de los trastornos ansiosos y depresivos en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja que acuden a la UMAE Hospital de Psiquiatría “Morelos” IMSS?

## **JUSTIFICACIÓN.**

La violencia doméstica se concibe actualmente como un problema de salud pública por sus repercusiones en la salud integral de la mujer y es considerada por la ONU, como una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, ya que implica total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades.

En la actualidad el tema de violencia tanto familiar como doméstica ha llamado la atención a nivel mundial y en México, sin embargo en la gran mayoría de estudios realizados se avocan a observar la frecuencia y características de la violencia y pocos son los que hablan de los síntomas tanto psicológicos como psiquiátricos que presentan los pacientes al ser víctimas de violencia, observando el problema como una situación cultural y educacional, desconociendo las repercusiones que se dejan en la vida de los seres humanos.

El estudio de un fenómeno como la violencia contra la mujer es importante, ya que se considera un problema social y a mayor precisión en los conocimientos sobre estas mujeres permitirá una mejor comprensión del problema y sus efectos, y una intervención más adaptada y eficaz. Desconocer el impacto psicológico de la violencia en las mujeres condiciona actitudes prejuiciosas y procedimientos inadecuados en su atención. Entre las conductas erróneas más frecuentes se encuentran:

- Considerar que el número de mujeres con lesiones físicas corresponde al total de casos de violencia.



- Estimar que una mujer sin lesiones físicas no está expuesta a riesgos, al ignorar que muchas mujeres violentadas encuentran como única alternativa el suicidio o el asesinato de su agresor.

- Traducir la pasividad de las mujeres en conformismo ante su situación, e incluso agrado, cuando en realidad enfrentan sentimientos de culpa e impotencia.

- Minimizar el valor de una actitud comprensiva que cualquier profesional puede brindar en los servicios de salud; actitud trascendente en la vida de las mujeres y que forma parte de una red de apoyo social que les permite enfrentar el temor.

Los resultados del presente estudio, ayudara a conocer la frecuencia de los trastornos ansiosos y depresivos así como la violencia contra las mujeres con la finalidad de brindar una atención integral a estas pacientes, no solo tratando la sintomatología psiquiátrica, sino realizando una intervención integral en la esfera psicosocial de la paciente.

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo General***

Determinar la frecuencia de los trastornos ansiosos, depresivos y violencia en la relación de pareja en mujeres que acuden a la UMAE Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS.

### ***Objetivos Específicos***

- Conocer la frecuencia de violencia en la relación de pareja en las mujeres que reciben atención en la UMAE Hospital de Psiquiatría Morelos del IMSS.

- Conocer el tipo de violencia que se presenta con mayor frecuencia en la población estudiada.
- Identificar la presencia de trastornos ansiosos en las mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja.
- Identificar la presencia de trastornos depresivos en las mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja.
- Determinar los trastornos ansiosos más frecuentes en la población estudiada.
- Determinar los trastornos depresivos más frecuentes en la población estudiada.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio Retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo.

### **Lugar de estudio:**

UMAЕ Hospital de Psiquiátrica Morelos del IMSS.

### **Periodo de estudio:**

Se desarrolló durante el periodo del 01 junio de 2012 al 30 de junio de 2012.

### **Universo de estudio:**

Pacientes Mujeres que acudieron a los servicios de consulta externa, admisión continua y clínica del afecto en la UMAЕ Hospital de psiquiatría Morelos.

### **Población en estudio y tamaño de la muestra:**

Se evaluó a 140 mujeres, que acudieron a los servicios de consulta externa, admisión continua y clínica del afecto en la UMAЕ Hospital de psiquiatría Morelos.

Fue una muestra por conveniencia y se incorporaron en el estudio a toda mujer que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaron participar y firmaron su carta de consentimiento.

## **INSTRUMENTOS DE MEDICION**

Presencia de Trastornos Ansiosos y depresivos en la muestra seleccionada.

Se utilizó el MINI International Neuropsychiatric Interview versión en español que es una entrevista diagnóstica estructurada que explora los principales diagnósticos del eje I del DSM IV y el CIE-10, con el fin de identificar la presencia de trastornos ansiosos y depresivos en las mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. La entrevista MINI International Neuropsychiatric Interview está dividida en módulos identificados por letras; en donde cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. En donde se le realizan a las personas entrevistadas unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren respuestas dicotómicas. Los módulos del MINI International Neuropsychiatric Interview que se utilizaron son los siguientes: A) episodio depresivo mayor (con síntomas melancólicos), B) trastorno distímico, C) riesgo de suicidio, E) trastorno de angustia, F) agorafobia, G) fobia social, H) trastorno obsesivo compulsivo, I) trastorno de estrés postraumático, O) trastorno de ansiedad generalizada.

Se evalúan el periodo actual (hasta los últimos 12 meses) de la presencia del trastorno. Al inicio de cada módulo se presentan en un recuadro una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. (Ferrando 2000).

En el Estudio de validación de la MINI se obtuvo que esta cuenta con una sensibilidad de 0.96 y una especificidad de 0.88 con un valor predictivo positivo de 0.87 para el trastorno depresivo mayor. Para la Distimia una sensibilidad de 0.67 y una especificidad de 0.88 con un valor predictivo positivo de 0.45. En el caso de

los trastornos de ansiedad para el trastorno de pánico una sensibilidad de 0.84 y especificidad de 0.93 y un valor predictivo positivo de 0.80, en la fobia social una sensibilidad de 0.81, una especificidad de 0.86 y un valor predictivo positivo de 0.46, en el caso de la ansiedad generalizada una sensibilidad de 0.91, una especificidad de 0.86 y un valor predictivo positivo de 0.71. (Fernando 2000).

### **Presencia de violencia en la relación de pareja en la muestra seleccionada.**

Escala de violencia de pareja en mujeres mexicanas e índice de severidad. La « Escala de violencia de pareja en mujeres mexicanas e índice de severidad » Esta escala fue validada en el año 2004 para medir la violencia ejercida por parte de la pareja masculina. <sup>(21)</sup>

Esta escala, partió de la conceptualización de violencia que consiste en un patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir

- a) Violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzocortante
- b) Violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física
- c) Violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales
- d) Violencia económica: ejercicio del control a través del dinero

Originalmente se incluyeron 27 reactivos seleccionados de dos instrumentos que han demostrado tener utilidad para la medición de la violencia masculina hacia las mujeres en la relación de pareja a saber : Index of Spouse Abuse (ISA) y el Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS), además se realizó la construcción del índice de severidad a través de análisis de confiabilidad, validez y factorial a partir de las respuestas de las mujeres a la escala de violencia, arrojaron un alpha de cronbach de 0.99.<sup>21</sup>

Se utilizó un cuestionario general que comprende trece reactivos sobre factores sociodemográficos.

Factores socio demográficos relacionados

- Edad
- Estado civil
- Religión
- Número de hijos
- Es usted el principal sostén de la familia
- Con que personas vive usted
- Tipo de vivienda
- Tabaquismo
- Número de tabacos al día
- Alcoholismo
- Frecuencia de consumo
- Toxicomanías
- Presencia de enfermedades crónicas.

***Población en estudio; selección y tamaño de la muestra***

Muestreo de conveniencia o por selección intencionada. La población Estudiada consiste en 140 mujeres que acudieron a los servicios de Consulta Externa, clínica del afecto y Admisión Continua de la UMAE Hospital de psiquiatría Morelos del IMSS .

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

### **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres de entre 18 y 60 años que acudan a los servicios de consulta externa, admisión continua, clínica del afecto de primera vez de la UMAE Hospital de Psiquiatría « Morelos ».
- Que tengan o hayan tenido por lo menos una relación de pareja.
- Que deseen participar en el protocolo y firmen consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

- Mujeres que cursen con diagnóstico de trastorno de personalidad en base a los criterios diagnósticos del DSM IV TR y/o CIE 10
- Que cursen con deterioro cognitivo, así como aquellos que cursen con retraso mental y/o trastorno psicótico.

### **Criterios de Eliminación:**

- Aquellos Cuestionarios que no hayan sido contestados en más de 80 % de los ítems de las encuestas.
- Mujeres que habiendo aceptado al principio y una vez iniciado el estudio quieran dejar de participar en el mismo.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

VARIABLE	DESCRIPCION	ESCALA DE MEDICION
Edad	Años de vida cumplidos al momento del estudio	Escala cuantitativa discreta, en años.
Estado civil	Condición de soltería, matrimonio, divorcio, viudez, de cada persona	Escala cualitativa nominal 0. Soltero. 1. Casado 2. Unión libre 3. Divorciado 4. Viudo 5. Separada
Religión.	Tipo de creencia hacia la divinidad	Escala cualitativa nominal Sin religión. Cristiana. Testigo de Jehová. Pentecostés. Católica. Otras.
Número de hijos.	Cantidad de hijos	Escala cuantitativa discreta
Sostén económico de la familia	Especificar si es el principal sostén económico de la familia	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si
Personas que viven con usted	Familiares que viven con la paciente.	Escala cuantitativa discreta
Tabaquismo	Consumo de cigarros	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si
Numero de tabacos al día	Cantidad de cigarros consumidos al día	Escala cuantitativa discreta
Alcoholismo	Ingesta de bebidas alcohólicas	Escala cualitativa nominal

		dicotómica: 0. No 1. Si
Frecuencia del consumo	Cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas en un periodo de tiempo	Escala cuantitativa discreta:
Enfermedades crónicas.	Presencia o no de alguna enfermedad crónica	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si
Tipo de vivienda.	Especifica si la casa es propiedad o no del trabajador	Escala cualitativa nominal 0. Propia 1. Rentada
Toxicomanías.	Consumo de algún tipo de droga	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si

### DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE LA EVALUACIÓN.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento De Medición	Tipo De Variable
Violencia contra la mujer.	cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público	presencia de afectación media o alta en una o varias subescalas de la « Escala de violencia de pareja en mujeres mexicanas e índice de severidad »	« Escala de violencia de pareja en mujeres mexicanas e índice de severidad	Independiente. Cualitativa ordinal.



Maltrato físico.	Al acto de agresión que causa daño físico.	Presencia de violencia física Reactivos 3, 5, 6,13 y 19. Con un valor mínimo de 0 y máximo de 93, con una media de 2.4+-9.9, se considera como « No caso de violencia »: 0-2.4, « Caso de violencia física » : 2.4-12 y « Violencia física severa » por arriba de 12.	Escala de violencia de pareja mujeres mexicanas índice de severidad	Independiente. Cualitativa ordinal
Maltrato psicológico.	A la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.	Presencia de violencia psicológica. Reactivos 8, 9, 12, 15,17. Con un valor mínimo de 0 y máximo de 81, con una media de 5 y desviación estándar de 13.2, se considero como « No caso de violencia » : 0-5 puntos, « Caso	Escala de violencia de pareja mujeres mexicanas índice de severidad	Independiente. Cualitativa ordinal.

		de violencia psicológica » : 5.1-18.2 puntos y « Violencia psicológica severa » : 18.3-81.		
Maltrato sexual.	A la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.	Presencia de violencia sexual Reactivos 1,14 y 18  Con un valor mínimo de 0 y máximo de 7, con una media de 1.15 +- 5.4. Se considero « No caso de violencia sexual » 0-1, « Caso de violencia sexual » 1.1-6 y « Caso severo de violencia sexual » por arriba de 6.xx	Escala de violencia de pareja en mujeres mexicanas e índice de severidad	Independiente. Cualitativa ordinal
Trastornos Depresivos.	Condición caracterizada por la presencia de varios de los siguientes síntomas: Tristeza, pesimismo, sensación de fracaso,	Que cumpla con los criterios del DSM IV TR para cualquiera de los trastornos depresivos.	Mini entrevista neuropsiquiatría semiestructurada del DSM IV TR	Dependiente. Cualitativa nominal.

	insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, ideas suicidas, episodios de llanto, aislamiento social, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y/o bajo nivel de energía sexual			
Trastornos de Ansiedad	Condición caracterizada por inquietud, nerviosismo, miedo, preocupación, temor y/o angustia.	Que cumpla con los criterios del DSM IV TR para cualquiera de los trastornos depresivos	Mini entrevista neuropsiquiatría semiestructurada del DSM IV TR	Dependiente. Cualitativa nominal.

## **MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **Metodología**

Se consideraron mujeres entre 18 y 60 años, que acudieron por primera vez a la consulta externa, clínica del afecto y admisión continua del hospital regional de psiquiatría "Morelos" que tenían una relación de pareja de por lo menos un año y/o vivían con ella. Tras la autorización para realizar el protocolo por parte de las autoridades correspondientes en el hospital de psiquiatría "Morelos", el investigador acudió a la consulta externa de dicho hospital en los turnos matutino y vespertino para invitar a las mujeres a participar en el protocolo. Se explico detalladamente en qué consistía el estudio. Se firmaron los

consentimientos informado previa lectura del mismo. De forma individual se aplicaron las escalas, en el área de consultorios. Tras la recolección y organización de la información, se citaron a los participantes para entregar los resultados de dicho estudio, (para aquellos que así lo desearon).

Las pacientes recibieron una atención integral por los servicios de trabajo social, psicología y psiquiatría de esta unidad, además de ser canalizadas a las agencias especiales del gobierno del DF.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos se capturaron en el programa de Excel 2007 y fueron analizados en el paquete estadístico Stata 10. Se realizó la limpieza de la base de datos, con el objetivo de identificar inconsistencia en la recolección y captura de los datos. Se aplicó estadística descriptiva, o de resumen, medidas de tendencia central y de dispersión, realizando un análisis univariado de cada una de las variables para determinar la frecuencia tanto de los trastornos ansiosos y depresivos como la frecuencia de violencia en la relación de pareja de la población estudiada.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Ya que fue una investigación con seres humanos, se cumplió con los principios éticos necesarios para su realización, para lo cual se presentó una Carta de Consentimiento Informado a los participantes del estudio, que garantizó los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y confidencialidad de la información clínica y genética individual, con base en la Ley General de Salud (Artículos 22-27, 34-56 y 100), la Declaración Universal sobre el Genoma y derechos humanos, promulgada por la UNESCO en 2003, el informe de Belmont de guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y la Declaración de Helsinki modificada en la 52<sup>a</sup>. Asamblea General de Edimburgo, Escocia, octubre 2000, nota de clarificación sobre el párrafo 29, añadida por la Asamblea General, Washington 2002.

## RESULTADOS.

Se estudiaron a 140 mujeres; Promedio de edad (DE) 34.2 (5.6) años. El 45.7% (64) casadas y 40% (56) en unión libre, mientras que el 8.6% (12) eran solteras, las mujeres viudas y divorciadas representan 5.7% de la muestra. El 88.5% (124) tiene hijos, con promedio de 2 (1) hijos. El 81.4% (114) viven con su esposo e hijos; 4.3%(6) viven con su esposo, 4.3%(6) viven únicamente con sus hijos, el 8.57% (12) viven con otros familiares (padres, hermanos, abuelos) y solo el 1.43% (2) viven solas. (Tabla 2).

El principal sostén económico de la familia son el esposo, su pareja o sus padres en 72.9%(102) y en 27.1%(38) fueron las mujeres. Con vivienda propia el 58.6%(82) y en 41.4% (58) es rentada. El 82.9%(116) son católicas.

Tabaquismo fue del 32.8%(46), con un consumo promedio de 2 (3), cigarrillos al día. Ingesta de alcohol en el 54.2%(76); de los cuales el 45.7% (64) tienen un patrón de consumo ocasional y el 8.5%(12) de 1 a 4 veces por mes. Niegan consumo de drogas. El 24.2% (34) padece alguna enfermedad crónica; (Tabla 2).

En cuanto a su nivel escolar, los porcentajes más altos, se presentan en licenciatura y el nivel técnico y una de cada dos mujeres, desempeña un trabajo remunerado.

Tabla 1. Variables sociodemográficas. N 140

<b>Variables continuas</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>	<b>DE</b>
Edad.	34.2	34	18-60	5.6
Número de hijos	2	2	0-4	1.06

Tabla 2 Características sociodemográficas. N 140

Variables		
Estado civil	Soltera.	12 (8.6%)
	Casada.	64 (45.7%)
	Unión libre.	56 (40%)
	Divorciada.	4 (2.85%)
	separada	4 (2.85%)
Religión	Agnóstica.	8 (5.7%)
	Católica.	116 (82.9%)
	Cristiana.	14 (10%)
	Testigo de Jehová	2 (1.4%)
Principal sostén económico	No.	102 (72.9%)
	Si.	38 (27.1%)
Personas con las que viven	Sola.	2 (1.43%)
	Esposo.	6 (4.3%)
	Hijos.	6 (4.3%)
	Esposo e hijos.	114 (81.4%)
	Otros familiares	12 (8.57%)
Tipo de vivienda	Propia.	82 (58.6%)
	Rentada.	58 (41.4%)
Tabaquismo	No.	94 (67.2%)
	Si.	46 (32.8%)
Consumo de alcohol	No.	64 (45.7%)
	Si.	76 (54.3%)
Presencia de enfermedades	No.	106 (75.7%)
	Si.	34 (24.3%)
Formación académica.	Primaria.	19 (13.3%)
	Secundaria.	17 (12%)
	Preparatoria.	21 (14.7%)
	Técnica.	37 (26.7%)

	Licenciatura.	46 (33.3%)
--	---------------	------------

## TRASTORNOS MENTALES

El estudio identificó una frecuencia de trastornos ansiosos y depresivos del 47.1%; 34.3% presentan un solo trastorno ansioso o depresivo; 12.8% los dos trastornos (Tabla 3).

Los trastornos más prevalentes fueron el Trastorno de Ansiedad Generalizada con 20% (28); Trastorno Distímico presente en 14.3%(20); Episodio Depresivo Recurrente 8.6%(12); Trastorno de Angustia 7.1%(10); Fobia Social y Episodio Depresivo Mayor de Reciente diagnóstico en 4.3%(6) respectivamente y solo 1.4%(2) Trastorno Obsesivo Compulsivo. (Tabla 3)

Tabla 3 Trastornos ansiosos y depresivos evaluados con el MINI. N 140

VARIABLE		
Episodio depresivo mayor	Si	6 (4.3%)
	No	134 (95.7%)
Episodio depresivo mayor recurrente	Si	12 (8.6%)
	No	128 (91.4%)
Trastorno Distímico	Si	20 (14.3%)
	No	120 (85.7%)
Trastorno de angustia	Si	10 (7.14%)
	No	130 (92.86%)
Fobia social	Si	6(4.3%)
	No	134 (95.7%)
Trastorno obsesivo-compulsivo	Si	2(1.4%)
	No	138 (98.6%)
Trastorno de ansiedad generalizada	Si	28 (20%)

	No	112 (80%)
Total de Mujeres con trastornos.		66 (47.1%)
Número de trastornos	Un trastorno	48 (34.29%)
	Dos trastornos	18 (12.86%)

## **VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA RELACION DE PAREJA.**

La frecuencia de violencia contra las mujeres en la relación de pareja en nuestro estudio fue de 54.2% (76). La violencia física, se presentó en el 20%(28); con violencia física baja en 18.5%(26) y 1.5%(2) moderada. La prevalencia de violencia psicológica fue mayor, con el 54.2%(76); con violencia psicológica baja en el 40%(56) y 14.3%(20) moderada. La violencia sexual fue menor con el 8.5%(12), calificada como violencia sexual baja. Cabe mencionar que ninguna mujer reportó violencia en la relación de pareja alta en ninguna de las tres categorías de las que se compone la escala de violencia en la relación de pareja. (Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencia de la violencia en la relación de pareja. N 140

Variables		
Violencia contra las mujeres		76(54.2%)
Violencia física	Sin violencia	112 (80%)
	Baja	26 (18.5%)
	Moderada	2 (1.5%)
	Alta	0
Violencia psicológica	Sin violencia	64 (45.7%)
	Baja	56 (40%)
	Moderada	20 (14.3%)



	Alta	0
Violencia sexual.	Sin violencia	128 (91.5%)
	Baja	12 (8.5%)
	Moderada-Alta	0

## TRASTORNOS MENTALES Y FRECUENCIA DE VIOLENCIA EN LA RELACION DE PAREJA

Encontramos relación entre la presencia de trastornos ansiosos y depresivos y violencia en la relación de pareja en el 72.7 (48)

Buscamos la relación de los diversos tipos de violencia doméstica, con relación a los diagnósticos de los trastornos ansiosos y depresivos, sin embargo por la muestra tan pequeña, no se encontraron diferencias significativas entre ellas.

Tabla 5. Relación entre trastornos ansiosos-depresivos y violencia contra la mujer en la relación de pareja. N 140

		Sin Trastorno N 74	Con Trastorno N 66
Violencia en la relación de pareja	No	62.1% (46)	27.2% (18)
	Si	37.8% (28)	72.7% (48)
Violencia física	No	94.5% (70)	63.6% (42)
	Leve	5.4% (4)	33.3% (22)
	Moderada	0%	3.0% (2)
Violencia psicológica	No	62.1% (46)	27.2% (18)
	Leve	35.1% (26)	45.4% (20)
	Moderada	2.7% (2)	27.2% (18)
Violencia sexual	No	97.3% (72)	84.8% (56)
	Leve	2.7% (2)	15.2% (10)

## **DISCUSION.**

El presente estudio muestra una alta frecuencia de violencia de pareja en la muestra de pacientes Femeninas que acuden a la UMAE Hospital de psiquiatría Morelos del IMSS.

La frecuencia de violencia observada en este estudio es semejante a la notificada en investigaciones previas. Se observa que predomina la violencia psicológica sobre la violencia física y la sexual, tal cual se ha reportado en investigaciones hechas en los planos nacional e internacional.

Los datos del presente trabajo muestran una frecuencia más alta que la informada en la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM-2006), para la violencia psicológica. Una razón de esto podría ser la diferencia en los instrumentos utilizados, la medición y la conceptualización de los diferentes tipos de violencia en ambos estudios.

Destaca el nivel educativo con respecto al reportado en estudios previos, ya que más de la mitad de la población cuenta con estudios de nivel técnico y licenciatura, así como el número de mujeres que cuenta con un empleo remunerado, lo cual indica que la violencia en la relación de pareja no es exclusiva de los niveles socio-económicos y escolares más bajos. La diferencia observada en la muestra del presente estudio con respecto a estudios previos podría deberse a la poca variabilidad en el nivel socioeconómico (no hubo mujeres pertenecientes a los espectros sociales muy alto y muy bajo). Sin embargo, existe una diferencia en las mujeres de la clase alta y aquellas de clase baja en términos de su acceso a recursos para combatir la violencia de pareja, y de ahí su impacto en el bienestar psicosocial de las mismas

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos encontrados en nuestro estudio, todos estuvieron relacionados con trastornos depresivos y trastornos del espectro

ansioso. Dentro de los trastornos depresivos diagnosticados en primer lugar aparece el trastorno distímico (depresión crónica) en 14.2%, seguido del episodio depresivo recurrente en 8.5% y por último primer episodio depresivo mayor en 4.2%. El mayor porcentaje de trastornos mentales fueron los relacionados con el espectro ansioso, ocupando la primera posición el trastorno de ansiedad generalizado en 20%, seguido del trastorno de angustia en 7.15% y por último se encontró fobia social y trastorno obsesivo compulsivo en 4.2% y 1.4% respectivamente, basado en los criterios diagnósticos del DSM IV TR. Estos resultados son similares a los referidos por Sharma 1991, Jacques 2002 y Díaz 2001, quienes señalan prevalencias entre el 20 y 40% para trastornos depresivos y el 10 y 50% para los trastornos de ansiedad.

En relación a la presencia de violencia en la relación de pareja, en nuestro estudio se encontró una frecuencia de violencia física de 20%; psicológica de 54.2% y sexual de 8.5%. Estos datos son muy similares con las diferentes prevalencias reportadas a nivel mundial. En nuestros resultados al igual que en otros estudios, la presencia de violencia psicológica es la que predomina por encima de los otros dos tipos de violencia.

Los resultados de nuestro estudio, nos muestran que la violencia en la relación de pareja se encuentra relacionada con la presencia de trastornos ansiosos y depresivos en donde de 100% de las mujeres con algún trastorno mental el 72.3% presentaron violencia en la relación de pareja. Estos resultados demuestran la relación que existe entre la presencia de violencia familiar y los trastornos ansiosos y depresivos, así como lo expresan diferentes estudios (Taket 2003), 20-75%(Watts 2003) y 30-60% (García 2006). Debido a los resultados de nuestro estudio, podemos inferir que las mujeres que es expuesto a violencia en la relación de pareja, tiene más probabilidad de experimentar trastornos mentales, principalmente del espectro ansioso y depresivo; sin dejar de lado otros problemas reportados por diferentes autores como baja autoestima, inseguridad, abuso de alcohol y sustancias y trastornos de alimentación (Taket 2003, Watts 2003).

De manera similar, en la literatura se ha encontrado relación entre violencia en la relación de pareja y trastornos mentales como depresión (40 a 70%), ansiedad (30 al 85%),(predominando el trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizado, fobias y trastorno de pánico), el abuso de sustancias (marihuana y alcohol), reportados en menor cantidad en personas del sexo femenino con prevalencias del 15 al 35%, , trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa, bulimia y trastorno por atracones) con prevalencias entre el 5 y 15%, disfunción sexual y baja autoestima; (Ehrensaft 2006, García 2008, Taket 2003, Watts 2003).

### **Limitaciones.**

Una de las limitaciones de este estudio es que la población de mujeres entrevistadas es representativa de las usuarias de los servicios de la UMAE Hospital de psiquiatría Morelos, por lo tanto, los resultados sólo se pueden extrapolar a esta población.

Otra limitación es la correspondiente a la escala de violencia e índice de severidad en mujeres Mexicanas, ya que esta no valora los aspectos correspondientes a la violencia de tipo económico, por lo que se desconoce su frecuencia.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la no obtención de datos de la pareja en forma directa.

## **CONCLUSIONES.**

Estos resultados son consistentes con investigaciones sobre la violencia contra la mujer en la relación de pareja, efectuadas en otros países. La depresión puede ser el trastorno psiquiátrico relacionado de forma más frecuente con la violencia contra la mujer en la relación de pareja. En este estudio se identificó un vínculo entre la depresión y el padecimiento de violencia en la relación de pareja. Otro estudio efectuado en adolescentes femeninas mexicanas reconoció una relación notoria ( $RM= 2.18$ ) entre sufrir depresión y ser víctima de la violencia física.

A partir de las altas tasas de violencia de pareja que se observan, es evidente la necesidad de impartir conocimiento y capacitación al personal de salud. Asimismo, es indispensable la creación de programas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno a las víctimas de la misma, sin dejar de lado la atención a los victimarios, incluyéndolos en programas para manejar la tensión, por ejemplo.

El autor de este estudio considera que son necesarias investigaciones longitudinales que permitirán continuar el estudio del problema de la violencia en la relación de pareja y los factores vinculados con ella a través de estudios prospectivos.

# ANEXOS

## ANEXO I

### Mini Entrevista Semiestructurada DSM IV TR

#### Instrucciones Generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID -P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

#### Entrevista:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren respuestas de sí o no.

#### Presentación:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Convenios:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos. Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Instrucciones De Anotación:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO. El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o). Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI.

**A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

(→ Significa: Ir a la casilla y rodear con un círculo NO y continuar con el siguiente módulo)

A1. ¿En las dos últimas semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1
A2. ¿En las dos últimas semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2
¿Codifico SI en A1 y A2 o en A2?	NO	SI	
A3. En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas			
A3a. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intervalo (variaciones en el último mes de +-5%de su peso corporal o +-3.5 kg para una persona de 70 kg)	NO	SI	3
A3b. ¿Tiene dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despierta a media noche, se despierta temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
A3c. ¿Casi todos los días hablaba o se movía más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
A3d. ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
A3e. ¿Casi todos los días, sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
A3f. ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
A3g. ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseó estar muerto?	NO	SI	9
CODIFICÓ MÁS SI EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)	NO	SI	

SI UN PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MODULO B:

A4a. ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas en los que se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas y tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SI	10
A4b. ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses sin depresión o sin falta de interés por la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11
	E.D.M RECIDIVANTE		



**EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)**

(→ Significa: Ir a las casillas diagnosticas, rodear con un círculo NO y continuar con el siguiente módulo)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3=SÍ)  
EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5a. ¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
A5b. ¿Durante el período más graves del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SI	12
¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentir mejor aunque sea temporalmente?	NO	SI	
A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas			
A6a ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SI	13
A6b. ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas?	NO	SI	14
A6c. ¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual y tenía dificultades para volverse a dormir?	NO	SI	15
A6d. ¿CODIFICÓ SI EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTRIZ)?	NO	SI	
A6e. ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SI	
A6f. ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpabilidad desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SI	16
¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?	NO	SI	
	E.D.M Con Síntomas Melancólicos Actual		

**B. TRASTORNO DISTÍMICO**

SÍ LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MODULO

B1. ¿En los dos últimos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SI	17
B2. ¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más en el que se sintiera bien?	NO	SI	18
		→	
B3. Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
B3a. ¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SI	19
B3b. ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SI	20
B3c. ¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SI	21
B3d. ¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SI	22
B3e. ¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	23
B3f. ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SI	24
CODIFICÓ SI EN 2 O MAS RESPUESTAS DE B3	NO	SI	
B4 ¿En los síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su funcionamiento en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SI	25
CODIFICÓ SI EN B4	NO	SI	
	TRASTORNO DISTÍMICO		

**C. RIESGO DE SUICIDIO**

DURANTE ESTE ÚLTIMO MES:

C1.	¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?	NO	SI	
C2.	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	
C3.	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	
C4.	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	10
C5.	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10
A LO LARGO DE SU VIDA:				
C6.	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	
¿CODIFICÓ POR LO MENOS SI EN 1 RESPUESTA?		NO	SI	
			Riesgo	
			Suicida	
SI SI, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)		1-5 LEVE		
ESPECIFIQUE EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO		( )		
		6-9 MODERADO		
		≥ 10 ALTO		

**E. TRASTORNO DE ANGUSTIA**

(→ Significa: Rodear con un círculo NO es E5 y Pasar directamente a F1)

E1a.	¿En más de una ocasión tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en las que la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SI	1
E1b.	¿En estas crisis o ataques alcanza su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SI	2
E2.	¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SI	3
E3.	¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en la que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de las crisis?	NO	SI	4
E4. Durante la peor crisis que usted puede recordar:				
E4a.	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SI	5
E4b.	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SI	6
E4c.	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	7
E4d.	¿Sentía falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SI	8

E4e. ¿Tenía la sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
E4f. ¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
E4g. ¿Tenía náuseas, molestias en el estomago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
E4h. ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
E4i. ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
E4j. ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
E4k. ¿Tenía miedo de que estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
E4l. ¿Tenía alguna parte del cuerpo adormecida o con hormigueo?	NO	SÍ	16
E4m. ¿Tenía sofocos o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5 ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y POR LO MENOS EN MENOS DE 4 DE E4?	NO	SÍ	
	TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA		
	NO	SÍ	
E6 SI E5 = NO, ¿CODIFICO SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	CRISIS	ACTUAL	CON
SI E6 = SÍ, PASAR A F1	SÍNTOMAS		
		LIMITADOS	
E7 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ (18)	
	TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL		

**F. AGORAFOBIA**

F1. ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o un ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil, como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SI	19
SI F1= NO, RODEE CON UN CIRCULO NO EN F2			
F2. ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SI	
		AGORAFOBIA ACTUAL(20)	
¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?	NO	SI	
		TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA ACTUAL	
¿CODIFICÓ SI EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)	NO	SI	
CODIFICÓ SI EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?		TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA ACTUAL	
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)	NO		SI
Y			
CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?		AGORAFOBIA ACTUAL SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA	

**G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)**

(→ significa: ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo no en cada una y continuar con el siguiente modulo)

1.	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió la humillación? Incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales	NO	SÍ	1
		→		
2.	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SI	2
		→		
3.	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita o sufre en ellas?	NO	SÍ	3
		→		
4.	¿Este miedo interfiere con su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de la intensa molestia?	NO	SÍ	
			FOBIA SOCIAL ACTUAL (4)	

**TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

H1. ¿En este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsivos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusivas o angustiosas? (p.ej. la idea de estar sucio, contaminado, o tener gérmenes, o miedo a estar contaminar a otros, o temor a hacerle daño a alguien sin querer, o temor a actuar en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO	SI	1
	→		
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES OBSESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA.	H4		
NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, EL ACOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PODRÍA DERIVAR DE LA ACTIVIDAD Y PRODRÍA QUERER EVITARLAS SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS			

NEGATIVAS)			
H2. ¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO	SI	2
	→		
	H4		
H3. ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no se son impuestos desde el exterior?	NO	SI	
		OBSESIONES	
H4. ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar u ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SI	(3)
		COMPUSIONES	
¿CODIFICÓ SI EN H3 O EN H4?	NO	SI	(4)
H5. ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO	SI	5
	→		
H6. ¿Estás obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SI	6
		TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	

### **I. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

(→ Significa: ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo NO y continuar con el siguiente modulo)

1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazados de muerte o en su integridad física? Ejemplos de acontecimientos traumáticos: accidentes graves, atraco, violación, atentado terrorista, ser tomado como rehén, secuestro, incendio, descubrir un cadáver, muerte súbita de alguien cercano a usted, guerra o catástrofe natural	NO	SI	1
2. ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p.ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SI	2

I3. En el último mes:			
I3a. ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SI	3
I3b. ¿Ha tenido dificultades para recordar alguna parte del evento?	NO	SI	4
I3c. ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SI	5
I3d. ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SI	6
I3e. ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SI	7
I3f. ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va acortando debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SI	8
¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DEL I3a?	NO	SI	
I4 Durante el último mes:			
I4a. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	NO	SI	9
I4b. ¿Ha estado particularmente irritable o le daban ataques de coraje?	NO	SI	10
I4c. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SI	11
I4d. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SI	12
I4e. ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SI	13
¿CODIFICÓ SI EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	NO	SI	
I5. ¿En el trascurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SI	
		TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL(14)	

### **O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)

O1a. ¿Se han sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SI	
	→		
O1b. ¿Se presentan preocupaciones casi todos los días?	NO	SI	
CODIFICA SI, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS	NO	SI	
		→	



O2. ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SI	
O3. CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS	→		
En los últimos 6 meses, cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
O3a. ¿Se sentía inquieto, intranquilo, agitado?	NO	SI	
O3b. ¿Se sentía tenso?	NO	SI	
O3c. ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SI	
O3d. ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SI	
O3e. ¿Se sentía irritable?	NO	SI	
O3f. ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano o dormía en exceso)?	NO	SI	0
¿CODIFICO SI EN 3 O MAS RESPUESTAS DE O3?	NO	SI	
		TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

## ANEXO II

### ESCALA DE VIOLENCIA E INDICE DE SEVERIDAD PARA MUJERES MEXICANAS

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
-------	------------	--------------	--------------

#### REACTIVOS

1	¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?				
2	¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?				
3	¿Le ha pateado?				
4	¿Le ha amenazado con pistola o rifle?				
5	¿Le ha empujado intencionalmente?				
6	¿Le ha golpeado con el puño o la mano?				
7	¿Le ha disparado con una pistola o rifle?				
8	¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?				
9	¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?				
10	¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?				
11	¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?				
12	¿Le ha rebajado o menospreciado?				
13	¿Le ha torcido el brazo?				
14	¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?				
15	¿Le ha insultado?				
16	¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?				
17	¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
18	¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?				
19	¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?				
	TOTAL				



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
**FACULTAD DE MEDICINA.**  
 DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL.  
**HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA UNIDAD "MORELOS".**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA.

MEXICO DF A \_\_\_\_\_ DE JUNIO DE 2012

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Frecuencia De Trastornos Ansiosos Y Depresivos En Mujeres Víctimas De Violencia En La Relación De Pareja Que Acuden Al Hospital Regional De Psiquiatría "Morelos" IMSS. Registrado ante el Comité Local de Investigación el número: \_\_\_\_\_

**El objetivo del estudio es:** Determinar la prevalencia de los trastornos ansiosos y depresivos en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja que acuden al Hospital De Psiquiatría Morelos, IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder: la Mini Entrevista neuropsiquiatría internacional del DSM IV y la Escala De Violencia E Índice De Severidad Para Mujeres Mexicanas.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: **conocer si curso con un trastorno ansioso o depresivo, así como la identificación de si soy víctima de violencia por parte de mi pareja, y en caso de detectarse alguna alteración, se me canalizara al servicio correspondiente para mi atención.** El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna **sobre mi diagnostico psiquiátrico así como los servicios especializados a víctimas de violencia en la relación de pareja** así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de las pruebas que se llevaran a cabo, y en su caso las sugerencias, que para mi caso sean oportunas. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente:

\_\_\_\_\_

Se puede comunicar en caso de dudas y/o preguntas relacionadas con el estudio. Dirección del investigador:

DR MIGUEL PALOMAR BAENA MAT 8708029\_\_\_\_\_

DR. HUGO ALEJANDRO HERNANDEZ HERNANDEZ. MAT 99367333\_\_\_\_\_

*Dirección del investigador:* Calzada de San Juan de Aragón 439, Unidad Arcos de Aragón Rinconada San Gabriel Edif C 202 Col DM Nacional. Teléfono: 551894793

## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Folio

1.- Edad (años cumplidos)

2.- Estado civil

0 Soltera    1 Casada    2 Unión libre    3 Divorciada    4 Viuda  
5 Separada

3.- Religión

4.- Mencionar número de hijos

1    2    3    4    5    6

5.- ¿Es usted el principal sostén económico de su familia?

0 No    1 Si

6.- ¿Con que personas vive usted?

7.- Tipo de vivienda

0 Propia    1 Rentada

8.- ¿Usted fuma actualmente?

0 No    1 Sí

9.- Número de cigarros al día

10.- ¿Actualmente consume bebidas alcohólicas?

0 No    1 Si

11.- ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?

59

(0) Diario o casi diario por mes    (1) 1 a 4 veces por semana    (2) 1 a 4 veces  
(3) Ocasionalmente

12.- ¿Ha consumido alguna droga o sustancia adictiva? Si su respuesta es positiva indique cual

0 No    1 Si

13.- ¿Padece usted alguna enfermedad? Si su respuesta es positiva indique cual(es).

0 No    1 Si

14.- ¿Cuál es su formación académica?

0 Primaria    1 secundaria    2 preparatoria    3 Nivel técnico  
4 Licenciatura    5 Posgrado

## REFERENCIAS

---

- <sup>i</sup> Moreno C, Henrica A, Charlotte W. Estudio Multipaís sobre salud de la mujer y violencia domestica. OMS 2006; 18-21
- <sup>ii</sup> Golding J. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. J. Family violence 1999; 14:99-132
- <sup>iii</sup> Krug E. Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS 2002
- <sup>iv</sup> Ramírez J. La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción Mexicana. Salud pública Mex 2006 ; 48: S315-S327
- <sup>v</sup> Rivera L, Allen B, Rodríguez G, Chávez R, et al. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). Salud Publica Mex 2006; 48: S288-S296
- <sup>vi</sup> Gómez H, Vázquez J, Fernández S. La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. Salud Publica Mex 2006; 48: S279-S287
- <sup>vii</sup> Valdez R, Juarez C, Salgado N, Agoff C, et al. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud Pública Mex 2006; 48: S250-S258.
- <sup>viii</sup> Cuevas S, Blanco J, Juarez C, Palma O, et al. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud Publica Mex 2006; 48: S239-S249
- <sup>ix</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y la atención.
- <sup>x</sup> Domestic Violence. Against women and girls. UNICEF 2000;6
- <sup>xi</sup> Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. México, 1 de febrero 2007.
- <sup>xii</sup> Comisión de derechos Humanos. Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Yakin Erturk, misión a México. Enero 2006.

---

<sup>xiii</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/tematicos/mediano/ent.asp>. (consultado el 16 de diciembre de 2010)

<sup>xiv</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Panorama de violencia contra las mujeres, ENDIREH 2006. México 2007

<sup>xv</sup> Trujano P, Mata E. Relaciones violentas en el noviazgo: un estudio exploratorio. *Psicología conductual* 2002; 10: 389-408

<sup>xvi</sup> Ferreira G. La mujer maltratada 1996. México: Hermes.

<sup>xvii</sup> Blasco-Ros C, Sanchez S, Martinez M. Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological but not to psychological intimate partner violence alone: a longitudinal study. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 98-110

<sup>xviii</sup> Hijar M, Avila L, Valdez R. ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja?. *Salud Mental* 2006; 29: 57-64

<sup>xix</sup> Tiburcio M, Natera G, Berenzon S. Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctima de violencia conyugal. *Salud Mental* 2010; 33: 243-248

<sup>xx</sup> Valdez R, Hijar M, Salgado N, Rivera L, et al. Escala de violencia e índice de severidad. Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en Mujeres Mexicanas. *Salud Publica Mex* 2006; 48: S221-S231

<sup>22</sup> Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, et al. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241

<sup>xxii</sup> Díaz-Olavarrieta C. El síndrome de la mujer maltratada en un hospital de tercer nivel. Informe de trabajo de investigación 2001: UNAM